

2012年10月1日

第2996号

週刊(毎週月曜日発行)
購読料1部100円(税込)1年5000円(送料、税込)
発行=株式会社医学書院
〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
TEL (03) 3817-5694 FAX (03) 3815-7850
E-mail: shinbun@igaku-shoin.co.jp
JCOPY (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物)

New Medical World Weekly

週刊 医学界新聞



医学書院 www.igaku-shoin.co.jp

今週号の主な内容

- [座談会] 消化器外科の新地平をひらく (森正樹, 宮崎勝, 桑野博行, 渡邊聡明) 1-3面
- [寄稿] End-Of-Life Care Teamによる意思決定支援の取り組み(西川満則) 4面
- [連載] 続・アメリカ医療の光と影/第3回 日本プライマリ・ケア連合学会 5面
- MEDICAL LIBRARY, 他 6-7面

座談会 消化器外科の新地平をひらく

がん診療の新たなスタンダード構築に向けて



宮崎 勝氏
千葉大学医学部附属病院院長
日本肝胆膵外科学会理事長



森 正樹氏 司会
大阪大学教授・消化器外科学
日本消化器外科学会理事長



桑野 博行氏
群馬大学教授・病態総合外科学
日本食道学会監事



渡邊 聡明氏
東京大学教授・腫瘍外科学
大腸癌研究会事務局長

がん診療における“均てん化”は、第一次「がん対策推進基本計画」から続く重点項目の一つとなっているものの、特に外科領域では病院間や地域間の格差がまだまだ大きいのが実際のところだ。

本座談会では、上部・下部・肝胆膵の消化器外科の各領域のトップリーダーが、均てん化に求められる課題を知識、手技の両面から議論。次代のスタンダード構築に向けた消化器外科におけるがん診療の在り方を展望する。

「がん診療ガイドライン」の整備・普及の現状

森 がん診療に“均てん化”が求められるなか、消化器に関連する胃、食道、大腸、肝臓、胆道、膵臓の各臓器のがんでは、均てん化を目標に掲げた「がん診療ガイドライン」が作成され、それらをもとに日常診療が行われています。

まず、ガイドラインの現状についてお伺いします。最初にガイドラインが作られた臓器は胃ですね。

桑野 はい。日本胃癌学会が中心となってガイドライン作成に先駆的に取り組み、多くの先生方のご尽力で2001年に『胃癌治療ガイドライン』が発刊されました。胃がんの罹患者数は多く、エビデンスが豊富に報告されています。また患者さん向けにもガイドライ

ンが発刊されています。ですので、医療者のみならず患者さんにもエビデンスの共有が可能な状況にあります。

一方、同じ上部消化管でも食道がんでは、医療機関ごとに手術件数のバラつきがあるため、手術件数が少ない施設でも標準治療が展開できることを目的としたガイドラインを作成しています。02年の初版以来2回の改訂を経て、12年4月に第3版を出版いたしました。この間ガイドラインの普及に努めています。

渡邊 大腸がんでは05年にガイドラインの初版が作られています。特徴として、09年の改訂版発刊後、わずか1年でまた改訂されたことがあります。この背景には、大腸がん治療では化学療法の進歩が著しく、新薬の導入などで治療法自体がわずか1年で劇的に変わったことがあります。それをリアルタイムに医療現場に反映するため改訂

が行われました。

宮崎 肝胆膵領域では、上部・下部消化管領域から少し遅れて05年に肝がん、06年膵がん、07年に胆道がんの各ガイドラインの初版が発刊されました。当時、本領域、特に膵がん・胆道がんは、根治が難しく死亡率が高い上、疫学データやエビデンスも不十分なため、ガイドラインには不適切という議論が実は多くありました。とは言え、地域や施設ごとの治療の差があまりにも大きく均てん化は必須であったため、各地の診療状況を調べ、その「最大公約数」となる内容でガイドラインを発刊したのが実情です。

膵がん・胆道がんの治療は外科切除手術が中心ですが、そこでの“手技”の均てん化は難しく、症例数の多いハイボリュームセンターと呼ばれる施設でも手技は統一されていないのが現状です。

森 各臓器でガイドラインが整備された今、各ガイドラインの普及や実際の使われ方についても評価していくことが求められる段階にあると思います。その点で、何か参考になる指標があれば教えてください。

桑野 日本癌治療学会のホームページ¹⁾

での各ガイドラインのアクセス数が、1つの指標になります。胃がん、食道がんのガイドラインとも、アクセス数で上位にランキングされていることから、医療者にかかなり浸透していると考えています。

渡邊 大腸がんのガイドラインが実際の医療に反映されているかという点では、大腸癌研究会のガイドライン委員会で、例えば手術でリンパ節転移を疑う際に行うD3郭清の実施率が年代ごとにどう変化しているのか、ガイドラインの発刊前後で変化があるか、などの評価を進めています。

森 臨床現場で実際にどう使われているかの評価は非常に重要ですので、各学会や研究会を通してさらに調査していく必要がありますね。

外科だからこそ、日本発のエビデンスが求められる

森 大腸がんのように、最新のエビデンスをガイドラインに取り入れることは、がん診療における“知識”の均てん化という点で非常に重要です。

(2面につづく)

10 October 2012

新刊のご案内

医学書院

●本紙で紹介の和書のご注文・お問い合わせは、お近くの医書専門店または医学書院販売部へ ☎03-3817-5657 ☎03-3817-5650 (書店様担当)
●医学書院ホームページ (http://www.igaku-shoin.co.jp) もご覧ください。

新臨床栄養学 (第2版)

編集 馬場忠雄、山城雄一郎
編集協力 雨海照祥、佐々木雅也、宮田 剛、島田和典
B5 頁796 定価12,600円 [ISBN978-4-260-01615-5]

ICD-10ケースブック

精神および行動の障害の診断トレーニング
監訳 中根允文
訳 大原由久
A5 頁328 定価5,250円 [ISBN978-4-260-01650-6]

感染性腸炎 A to Z (第2版)

編集 大川清孝、清水誠治
編集協力 中村志郎、井谷智尚、青木哲哉
B5 頁288 定価8,400円 [ISBN978-4-260-01642-1]

IPMN/MCN 国際診療ガイドライン・2012年版 (日本語版・解説)

著 国際膵臓学会ワーキンググループ [代表: 田中雅夫]
訳・解説 田中雅夫
B5 頁96 定価4,200円 [ISBN978-4-260-01671-1]

レジデントのための消化器外科診療マニュアル

編集 森 正樹、土岐祐一郎
A5変型 頁480 定価5,670円 [ISBN978-4-260-01658-2]

肩 その機能と臨床 (第4版)

信原克哉
A4 頁552 定価18,900円 [ISBN978-4-260-01676-6]

PT・OTのためのこれで安心 コミュニケーション実践ガイド

田島美和
B5 頁232 定価2,940円 [ISBN978-4-260-01569-1]

心電図を見るとドキドキする人のためのモニター心電図レッスン

大八木秀和
B5 頁112 定価1,890円 [ISBN978-4-260-01617-9]

アウトブレイクの危機管理 新型インフルエンザ・感染症・食中毒の事例から学ぶ (第2版)

阿彦忠之、尾崎米厚、前田秀雄、中瀬克己、稲垣智一
B5 頁216 定価3,360円 [ISBN978-4-260-01659-9]

固定チームナーシング 責任と継続性のある看護のために (第3版)

西元勝子、杉野元子
B5 頁256 定価2,520円 [ISBN978-4-260-01670-4]

上記価格は、本体価格に税5%を加算した定価表示です。消費税変更の場合、税率の差額分変更になります。

座談会 消化器外科の新地平をひらく

<出席者>

●森正樹氏

1980年九大医学部卒。卒業後、同大第二外科入局。91年米国ハーバード大留学を経て、93年九大講師。94年同大助教授、98年同教授などを経て、2008年より現職。05年に世界で初めて肝臓がんの幹細胞を発見するなど、臨床・研究の両面からがんの克服に取り組んでいる。日本消化器外科学会理事長、日本癌治療学会理事、日本癌学会理事。新刊『レジデントのための消化器外科診療マニュアル』(医学書院)の編集を務める。

●宮崎勝氏

1975年千葉大医学部卒。83年同大助手、92年同大講師を経て、2001年同大臓器制御外科学教授。11年より現職。専門は肝胆膵外科。日本肝胆膵外科学会理事長、日本外科学会監事。主な編著書に『標準外科学(第12版)』『肝胆膵高難度外科手術』(ともに医学書院)、『臨床外科』誌編集委員。

●桑野博行氏

1978年九大医学部卒。卒業後、同大第二外科入局。米国ハーネマン大外科学留学、早良病院、九大病院を経て、94年九大講師。97年同助教授。98年より現職。専門は食道外科、外科腫瘍学。日本食道学会監事、日本外科学会理事、日本胸部外科学会理事、日本癌治療学会理事。編著書に『標準外科学(第12版)』など。『臨床外科』誌編集委員。

●渡邊聡明氏

1985年東大医学部卒。卒業後、同第一外科研修医。93年国立がんセンター(当時)レジデント、95年米国ジョンズ・ホプキンス大留学を経て、98年東大講師、99年同助教授。2006年帝京大教授。12年4月より現職。専門は大腸肛門外科。大腸癌研究会事務局長。主な編著書に『新臨床外科学(第4版)』(医学書院)、『大腸疾患診療のStrategy』(日本メディカルセンター)、『臨床外科』誌編集委員。

(1面よりつづく)

桑野 そうですね。胃がんも大腸がん同様、国内レベルから国際的な大規模臨床試験まで数多くの研究が行われエビデンスが誕生しているの、適切にガイドラインを更新していくことが大切です。しかし、例えば保険適用薬剤に限られる食道がんではエビデンスが次々に誕生する環境にはないように、疾患によってエビデンスが更新されるペースは異なります。ですから、ガイドラインの出版にこだわらず何らかの手段で新たなエビデンスを提供する体制

を整えていく必要があると考えています。渡邊 大腸がんでは、ガイドラインの改訂が追いつかないため大腸癌研究会のホームページ²⁾で新知見を公開する取り組みも行っていきます。

森 そこでは、外国発のエビデンスをそのまま日本の診療に取り入れることはあるのですか。

渡邊 そのまま採用することもあります。日本の手術成績は欧米と大きく異なるという指摘があるため、「日本の手術成績等を考慮して導入すべき」といったコメントを同時に発表しています。欧米のデータをそのまま外挿するのではなく、やはり日本独自の治療成績を臨床試験で検証していくことが大切です。

桑野 上部消化管領域でも、欧米のエビデンスでは対応できないという側面があります。特に食道がんでは、日本は9割以上が扁平上皮がんなのに対

し、欧米は半数以上が腺がん、疾患のバックグラウンドが地域で大きく異なります。

宮崎 外科切除手術が治療のメインである肝胆膵領域では、化学療法に関する欧米のエビデンスを導入することもしばしばあります。ですが、手術では欧米と大きな差があるという認識を日本の外科医は持っているため、日本で適用するエビデンスは「日本の外科医自身で作ろう」という意欲を持っています。実際、肝胆膵外科で報告されるエビデンスは日本発のものが少なくありません。日台、日韓で共同のプロジェクト研究を立ち上げ、アジアのエビデンスを創出しようという動きも始まっています。

森 日本独自、あるいは人種の近いアジアでのデータを基にエビデンスを創出していくことが外科領域でも重要なですね。

外科+他領域の最新情報を得る習慣を

森 では、現在日本でエビデンスを作る活動の主体は、どのような団体なのでしょうか。

桑野 主にJCOG(日本臨床腫瘍研究グループ)³⁾のようなスタディグループが中心になっていると思います。

宮崎 肝胆膵領域では、JCOG以外にも日本肝胆膵外科学会が中心となったプロジェクト研究が独自に行われています。症例数が限られる領域であるため、ハイボリュームセンターの医師が学会でも顔を合わせる機会が多いことから、それを利用しようとした取り組みです。

森 実際に臨床研究を進めていく上では、消化器外科医だけでなく内科医、特に腫瘍内科医と協調していく必要はありませんか。

桑野 大事な点ですね。消化器がんの治療には、開腹手術や内視鏡、さらには放射線、化学療法とさまざまな選択肢があります。ですから、外科医も手術だけ知っておけばよいというわけにはいきません。患者さんに治療方針を説明する際には、外科にプラスして他領域の治療法、成績などの最新情報を頭に入れる習慣を身につけることが重要です。

森 多岐にわたる治療法を、公正かつ的確に患者さんに説明できる知識を習

得することが大切ですね。

渡邊 特に大腸の場合、化学療法の役割が大きくなるにつれ集学的治療の重要性が増しています。消化器外科医も抗がん薬はもちろん、個別化治療を視野に入れた薬剤使用時のバイオマーカーの知識など、リサーチマインドを持ちながら勉強していくことが必要です。

宮崎 同感です。特に肝胆膵外科医は技術一辺倒という一面があります。高度な手術が要求される領域ですが、そこだけに目が行ってしまうと手術手技のアウトカムを正当に評価する余裕がなくなります。やはり患者さんに最良の医療を提供するためには、自分の技量や、手術のアウトカムを客観的に見直す姿勢を忘れてはいけません。手技中心の領域だからこそ、リサーチマインドを持たなければいけない。そうしなければ客観的な見方ができず、本質的な医療の進歩はないと常々感じています。

リサーチマインドを涵養するには

森 リサーチマインドという言葉が出てきました。現状では、研究を敬遠する若手医師は少なくないのが実際でし

よう。私自身、「研究はしたほうがいい」とよく若手に伝えますが、研究を行わないことの問題点を具体的に示すのは難しいとも感じます。

渡邊 外科領域では、外科医の視点があって初めて生まれるリサーチクエストがやはりあります。基礎研究者は、例えば「がん細胞」とそれ以外の細胞を分けた研究を行っていますが、外科治療に携っているとその個々のがん細胞にも実はかなり多様性があると体感することがあります。それは実臨床に携わる外科医しか知りえない視点なので、外科医の目から見たオンコロジーと基礎医学領域とをタイアップしないと、臨床にフィードバックできる結果は得られないと思います。

宮崎 「ガイドライン+スタンダード」ということもあるでしょう。個々の患者さんの病態にはバリエーションがあります。ガイドラインどおりには治療できない患者さんが多くいるわけですから、ガイドラインがあることで思考停止せずに、個々の患者さんへの最適な治療体系を科学的に考える訓練しておく必要があります。目の前の患者さんの病態を科学的視点で分析して治療に当たる姿勢を身につけることが、臨床医として必要なリサーチマインドだと思っています。

桑野 ガイドラインは確かに均てん化には役立ちますが、やはり「過去」のエビデンスに基づくものです。現在の診療を行う上では、ガイドラインのクリニカルクエストに挙げられているような問題を意識することが大切です。現在の臨床に対する問題意識をしっかり持ちその解決法を考えていくことが、リサーチマインドの涵養には必要だと思えます。

森 次世代の医療者は、現在よりもっと効果の高い治療を行わなければなりません。その実現には研究が必要です。研究は、基礎研究者や内科医とも一緒に取り組む必要があるため、深い議論ができるよう外科以外の知識や思考法を習得しておく必要があります。

手術手技の“均てん化”に向けた取り組み

森 ガイドラインの整備に伴い知識の均てん化は確かに進んできています。しかし、ガイドラインが臨床現場でき

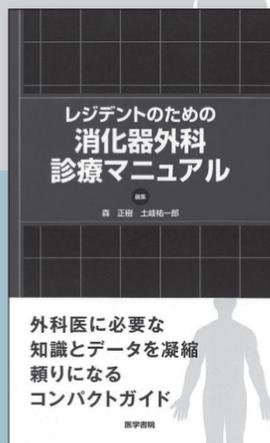
外科医に必要な知識とデータを凝縮したコンパクトガイド

レジデントのための消化器外科診療マニュアル

編集 森 正樹 大阪大学大学院教授・消化器外科学 土岐祐一郎 大阪大学大学院教授・消化器外科学

外科医が遭遇する「こんなときどうする?」に応える、頼りになる1冊。疾患理解に必須の情報を簡潔にまとめ、診断、治療、周術期管理など外科診療に必要な知識とデータを凝縮した。

●A5変型 頁480 2012年 定価5,670円 (本体5,400円+税5%) [ISBN978-4-260-01658-2]



医学書院

熱い議論が国際的コンセンサスに結実! 最新版診療ガイドライン日本語版・解説

IPMN/MCN 国際診療ガイドライン

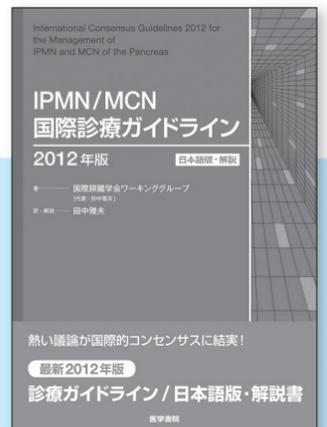
2012年版<日本語版・解説>

著 国際膵臓学会ワーキンググループ [代表:田中雅夫]

訳・解説 田中雅夫 九州大学大学院教授・臨床腫瘍外科学

膵疾患の臨床でもっともトピカルなIPMN(膵管内乳頭粘液性腫瘍)とMCN(粘液性嚢胞腫瘍)の診療ガイドラインを、世界的なコンセンサスのもとに大改訂! 新知見を踏まえた最新版を、いち早く日本語版として刊行。

●B5 頁96 2012年 定価4,200円 (本体4,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01671-1]



医学書院

がん診療の新たなスタンダード構築に向けて 座談会

ちんと守られるかは、外科医の技量の熟成度にも関係するため、手技の均てん化も必要になると思います。

上部・下部消化管領域では、腹腔鏡や胸腔鏡を使った鏡視下手術が普及していますが、鏡視下手術を全く行わないグループと、そうした新技術をどんどん取り入れて逆に開腹・開胸手術をしないグループがあり、均てん化に逆行する流れがあります。

渡邊 大腸は、腹腔鏡治療が特に多くなってきている領域ですが、「開腹派」「腹腔鏡派」と両極端に分かれてしまっていることは問題だと感じています。必要なのは、まず両者のメリット・デメリットを冷静に判断することではないでしょうか。

桑野 私は開腹・鏡視下のどちらの手術を実施する場合でも、両方の技術を習得しておく必要があると考えています。鏡視下手術で不測の事態が起こったときの対応として、開腹手術でどれだけ迅速にカバーできるかが重要であることを、若手外科医は認識しておくことが重要です。一方、手術創が小さいなどの理由で患者さんからの要望の高い鏡視下手術の教育は、今後避けて通れないでしょう。

森 とは言え、十分な症例数を確保できる病院が多くない現状では、どうやってスキルを身につけていくかは大きな問題です。

桑野 当院でも症例数は限られていますが、技術面はアニマルラボやドライラボを使って学んでいます。

宮崎 本学では、昨年「クリニカル・スキルズ・センター」を設け、特にシミュレーターを使った腹腔鏡の習練が可能になってきています。

渡邊 技術の習得法は、定まった答えのない難しい問題だと思います。私個人の経験では、「見る」ことが「できる」ことにつながると考えているので、腹腔鏡導入時はいろいろな手術をよく見る努力をしました。実際、私の教室では、皆で視野を共有して訓練をすることで驚くほど短時間で技術を会得しているため、これから外科スキルを学ぶ方たちには、できるだけ手技を見学することを勧めたいです。

森 鏡視下手術が教育面で開腹手術と違うところには、開腹手術では「私の手技を盗め」という感覚で指導する術者が多かったのに対し、鏡視下手術の

場合は同じ視野を共有し、鉗子の動きなどを皆でディスカッションしながら勉強することがありますね。

渡邊 そうですね。特に直腸がんの骨盤の奥のような視野の狭いところは、従来の開腹手術では術者しか見えない部分もありましたが、鏡視下手術では助手も同じ視野を共有でき、なおかつよく見えます。このことは教育上の大きな利点です。

森 教育の効率も進歩しているといえますね。それでも小規模施設では、指導者もおらず実地の機会に恵まれていません。

宮崎 すべての病院に開腹・鏡視下の両方の手術のエキスパートを置くことは現実的には難しいため、各病院で実施可能な手技を絞っていくことも必要だと思っています。

肝胆膵領域はまだ圧倒的に開腹手術が多いため、ハイボリュームセンターのような開腹・鏡視下の両方を指導できるところでトレーニングを始めるのがよいでしょう。

森 各病院が特徴を打ち出せば、どこに行けば求める技術を学べるかも明確になりますね。

外科系の各学会では、若手外科医がスキルアップできるようきちんとしたサポート体制の構築が必要と認識はしていますが、具体的な対策はまだあまりないのが実際です。外科を志望する若手をつかりさせないような方向性を見いだしたいと考えています。

症例データベース「NCD」がめざすもの

森 知識と技術の両面から、均てん化について考えてきましたが、その達成度を測るためには、生存率の改善などアウトカムの評価が求められます。評価を行う上で新たに注目されているデータベースに、NCD (National Clinical Database)⁴⁾があります。

桑野 NCDは、2006年に日本消化器外科学会で行ったトライアルを踏まえ外科関連学会が合同で構築した症例データベースで、11年1月から本登録が開始されています。日本の医療の均てん化を図ること、疾患ごとの特徴を今後の医療政策に結び付けていくことを基本的なコンセプトとし、施設ごとのがん治療の症例数や術式、術者と

いった客観的データを登録しています。**宮崎** 全国レベルで各疾患の症例数や手術数を知ることができるのはNCDの大きな利点です。これは日本における各領域別の専門医の必要数の算定につながるのと同時に、各疾患の患者数・予後の推移も予測できるため、今までにない画期的なデータとして活用できるものと期待しています。

森 NCDを活用すると、外科の専門医申請時の準備の負担を軽減できます。また、リスク別の死亡率や合併症率などの数値から各医療機関の全国における立ち位置が客観的にわかるため、医療行政の面でも幅広い利用が考えられます。

桑野 NCDは臨床データの宝庫です。いろいろな角度からデータを解析することで、多様な臨床研究も展開できますね。

渡邊 日本のデータベース構築を進める上で、NCDは素晴らしい企画ですが、現状では2つの課題があると感じています。

1つは、各学会などの他のデータベースと重複する項目があり、現場で

は1症例を2回、3回と複数回入力することが求められていることです。手間が普及の足かせとなることも考えられるため、効率化を進めてほしいです。

もう1つは、長期成績がわからない点です。将来的にはより広い視野を持って、日本全国のアウトカムをきちんと評価できるデータベースを構築していく必要があると考えています。

森 がん登録をNCDに含め、長期にフォローアップするシステムの実現に向けた動きもあるので、近い将来、長期成績の評価は可能になると考えています。

桑野 放射線や化学療法で治療を行っている患者さんもいるので、がん登録とリンクするためには、外科以外の診療科の協力も必要になるのではないですか。

森 そこはハードルが高いですね。NCDは登録・利用のどちらもまだ始まったばかりです。さまざまな問題があるのも事実なので、それらを克服しながら利用価値の高いものにしていくことが大切です。

新時代を切り開く「気概」を持って

森 最後に消化器外科の将来を担う若手医師や学生に向け、先生方からメッセージをいただければと思います。

宮崎 外科には華々しい技術革新が多くあります。ですが、技術だけにとらわれず、患者さんに向き合うという臨床医の基本をぜひ忘れないでほしい。私は、最も優れた臨床医の姿勢とは、現時点ではベストの治療だと思っても、常に自分自身の知識・技術を反省して次の診療に臨むことだと考えています。そして、その姿勢が結果的に患者さんとの信頼を生みます。

渡邊 20世紀後半の外科は、拡大手術の方向にひたすら走っていましたが、それが21世紀に入ってからは低侵襲の縮小手術へと方向転換し、腹腔鏡やロボット手術が誕生しているわけです。

今後、消化器外科は新しい時代を迎えると思います。ぜひとも、新しい時代を切り開く気概のある消化器外科医になってほしいと思います。

桑野 外科医である以上、専門領域を極めることは当然ですが、一方で広く知識を持つことも大切です。上部消化

管を専門としても、上部だけに限らず他分野の手術も経験してほしいのです。というのは、専門を極めつつ幅広い知識を持つことが、リサーチマインドのより深い涵養につながると思うからです。

森 力強いメッセージ、ありがとうございます。医学生、研修医の皆さん。ぜひ消化器外科を将来の道として考え、自分たちが日本ひいては世界の未来を背負っていくという気概で頑張ってもらいたいと思います。本日はありがとうございました。(了)

●註

- 1) <http://www.jsco-cpg.jp/top.html>
- 2) http://www.jsccr.jp/guideline/index_news.html
- 3) <http://www.jcog.jp/>
- 4) <http://www.ncd.or.jp/>

医学書院ホームページ

毎週更新しております

医学書院の最新情報をご覧ください

<http://www.igaku-shoin.co.jp>

感染性腸炎ならばこの1冊、待望の改訂版!

感染性腸炎 AtoZ 第2版

編集

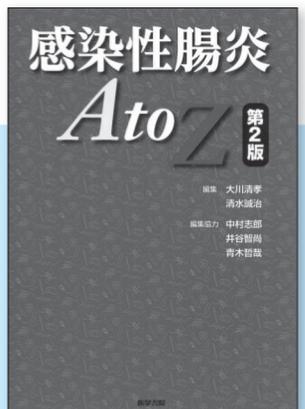
大川清孝 大阪市立十三市民病院消化器内科
清水誠治 大阪鉄道病院消化器内科

編集協力

中村史郎 兵庫医科大学内科学下部消化管科
井谷智尚 西神戸医療センター消化器科
青木哲哉 大阪市立十三市民病院消化器内科

第2版では、初版で未掲載の6疾患を新たに追加、提示している症例もバラエティに富み、より充実度を高めた。「感染性腸炎ならばこの1冊!」といえる充実した内容となった。

●B5 頁288 2012年 定価8,400円
(本体8,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01642-1]



医学書院

◎大腸内視鏡挿入法の定本、待望の改訂!

大腸内視鏡挿入法 軸保持短縮法のすべて 第2版

工藤進英 昭和大学横浜市北部病院消化器センター・教授

数多ある大腸内視鏡挿入法の書籍の中でも、まさにバイブルとして広まっている本書の改訂第2版。挿入法上達の心構えや考え方ははじめ挿入技術を習得するための必携の1冊。

●B5 頁164 2012年 定価12,600円(本体12,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01314-7]



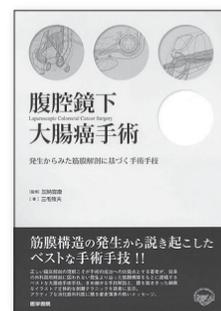
◎安全確実な手術に向け、筋膜構造の発生から説き起こしたニュータイプの手術アトラス

腹腔鏡下大腸癌手術 発生からみた筋膜解剖に基づく手術手技

監修 加納宣康 亀田総合病院・特命副院長、主任外科部長
著 三毛牧夫 亀田総合病院・外科部長

患者にも術者にも安全で安心な手術は、筋膜解剖の正しい理解によってもたらされると説く著者のユニークな手術アトラス。発生から辿って始めてわかるベストな剥離手技。

●A4 頁232 2012年 定価12,600円(本体12,000円+税5%)
[ISBN978-4-260-01476-2]



医学書院

寄稿

End-Of-Life Care Team による 意思決定支援の取り組み

西川 満則 国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部

End-Of-Life Care Team とは

End-Of-Life Care Team (EOLCT) は、がんに加え、非がん疾患や、加齢による判断力低下や虚弱といった疾患以外に起因する苦痛を持つ患者を対象に苦痛緩和を実施する当院のチームである。

◆構成メンバー

コアメンバーは、緩和ケア診療部長、緩和ケア認定看護師(専従)、緩和ケアを専門にする呼吸器科医師(専従)、認知症診療に長けた精神科医師(専任)、緩和ケアを専門にする薬剤師(専任)。チーム編成においては、主に従来のがん患者を対象とした緩和ケアチームを母体とし、非がん性疾患の中でも慢性心不全や慢性呼吸器疾患といった臓器障害系疾患や、認知症の患者の Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) の治療とケアに長けたスタッフが在籍していることがチームの強みになっている。

従来の緩和ケアチームと同様に、看護師によるアドボケートケアが中心のチームのため、リンクナースの活動がEOLCTの最も重要な役割となる。この役割を担う人材は、看護師長による推薦、看護部長による指名によって病棟ごとに選出され、個々の病棟で主治医や他のスタッフと協働し、患者と家族に対するEOLケアの円滑な実践に努めている。具体的には、慢性呼吸器疾患、老年症候群、慢性心不全、回復期リハビリテーションを要する疾患、がん、外科疾患、ICU管理が必要な疾患、認知症病棟(もの忘れセンター)や在宅医療支援病棟の機能を必要とする疾患などについて、病棟ごとの専門性を生かした活動を行っている。

また、コアメンバーを補助し、患者と家族を支援するサポートメンバーもいる。麻酔科など各専門科の医師、リハビリテーションや栄養科のスタッ

フ、地域連携に長けた看護師やMSWなどが、それぞれの職種が持つ専門性を生かしてサポートに加わっている。

◆主な活動内容

苦痛の緩和、その中でも意思決定支援が最も重要な活動といえる。多くの場合、主治医や病棟看護師から依頼を受け、その支援は開始される。コアメンバーは、リンクナースと協働し、主治医や病棟スタッフへの相談と助言を実施。毎週水曜日に、EOLCT回診を全依頼患者について行い、日本版 Support Team Assessment Schedule (STAS-J) を用いて評価立案する。また、毎週金曜日に、コアメンバーと原則的に各病棟のリンクナース間でチームカンファレンスを行っている。さらに精神科領域の重要性に鑑み、精神科医、心理療法士とのカンファレンスも毎週木曜日に開催している。

その他には、インフォームドコンセントの支援、倫理的な問題の討議、院内外でのEOLケアに関する勉強会の開催など、教育・啓蒙活動も重要な活動である。

意思決定支援における「三本の柱」戦略

意思決定支援が最も重要な活動であるのは先述したとおりだ。決定する上では、本人の意思が最優先にされるのと言うまでもない。しかし、一方で認知機能低下などの理由から、本人では意思決定が難しい患者が多いのも事実である。実際、2011年10月1日—12年3月31日の半年間でEOLCTに依頼のあった患者の30—56%は意思決定が困難、または何らかのサポートが必要な患者であった。このように本人では意思決定ができない場合、EOLCTでは「三本の柱」戦略をとる(図)。

◆「現在」「過去」「未来」の視点から、患者の意思決定を支援する

第一の柱は、“現在”表出されている微細なサインを読み取る努力をすることだ。食事、入浴、体位交換、胃ろう注入、輸液の滴下時などから患者の様子を観察する。うれしそうな表情、無表情、嫌そうな表情など、患者本人が示す微細なサインに注目して気持ちを探る。

第二の柱では、“過去”に残された本人の意思を確認することになる。まず、Advance Care Planning (ACP) の有無

を確認する。ただ、当院でもフォーマットの事前指示書を記載している患者はいるものの、残念ながら少数であるのが現状だ。そのような事前指示が残されていない場合は、次にLife Reviewを行う。仕事、結婚、子どもなどに関する何気ない会話から、その人の価値観や人となりを理解し、「本人ならばきっとこう判断したであろう」ということを患者家族と共有するのだ。なお、「ACPは、過去の意味表明なのだから、必ずしも現在の意思を表現していない」「Life Reviewは、周囲の関係者の感情が影響し必ずしも本人の意思ではない」という批判もあるだろう。しかし、私たちはこれまでの活動から、ACPやLife Reviewが本人の意向に近づくために有用な方法だと実感している。

第三の柱では、“未来”に得られる本人の最善の利益が何であるかを考えていく。例えば、延命治療を実施するか否かを選択する際は、“その後の生活へどのような影響をもたらすか”を考慮しなければならない。

このように「現在」と「過去」と「未来」を結実させる判断をしていくのだが、特に気を付けていることは、あくまで本人にとっての「最善の利益」に焦点を当てて、議論のプロセスを尽くすことである。「三本の柱」戦略は、決して万能なものではない。「過去」と「現在」で本人の意向が異なる場合や、家族の「情」が絡む場合もある。何が正しく、何が間違っているかを考えてみても解決にはならないだろう。そのことから、最終的な意思決定の“結果”よりも、むしろ意思決定の“プロセス”とそれを“尽くすこと”をEOLCTは重視している。このプロセスの実践は、患者の自律が阻害されることに起因する苦痛を和らげ、高齢者の権利を擁護するきっかけにもなるだろうと考える。

◆「三本の柱」戦略を用いた人工栄養差し控え例

本稿では、筆者が支援に携わっている特別養護老人ホームの入居者に対し、「三本の柱」戦略を実施した例を紹介する。

【事例】Nさん、80歳代の女性。EOLCTの医師が、意思決定支援をサポートする特別養護老人ホームでケアを受けている方である。重度の認知症を併存し、またここ半年の間、徐々に嚥下機能の低下が見られ、食事形態を工夫していた。最近の1か月ではさら

にしかわ・みつのり ● 1995年島根医大医学部卒。西尾市民病院、愛知国際病院ホスピス医、名大呼吸器内科医員などを経て、2000年より国立長寿医療センター(当時)に勤務。11年10月より現職。日本緩和医療学会暫定指導医、日本老年医学会専門医、日本呼吸器学会専門医。

に食事をむせ込むようになり、誤嚥性肺炎で入院。肺炎治癒後も、嚥下機能のさらなる悪化により経口摂取が難しくなった。

「過去」を振り返ってみると、人工栄養に関する事前指示などのACPは残されていなかったが、ご本人が家族に「延命処置は希望しない」と語ったことが話題に上がった。

「現在」の本人の気持ちは、認知機能の低下のために正確なことはわからない。しかし、病院に入院している時におむつで排尿をすることを嫌がっていたが、「私が我慢すればよい」と最終的にはおむつでの排尿を受け入れたエピソードを共有した。

「未来」に得られる本人の最善の利益も考慮した結果、Nさんは、「胃ろうを望まなかっただろう」と家族や医療介護スタッフの気持ちが一一致した。

また、家族の意向も胃ろうを造らないことで一致した。医学的判断においても、Narrative Reviewでは重度の認知症患者の胃ろう造設は推奨しないという見解がある。ただ、意見の一致をみてもなお、「この決断でよかったのだろうか」と家族の苦悩は大きく、EOLCTの医師に「この決断は正しかったのか」と問いかけがあった。

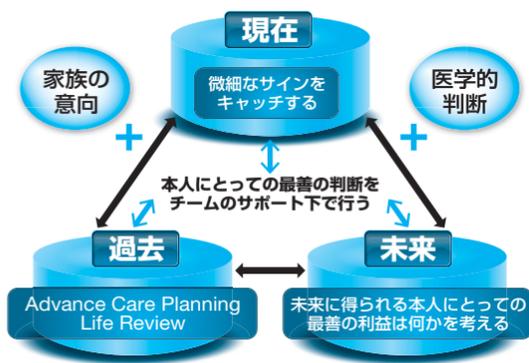
それに対し、医師は、「もし胃ろうを造らなかったことを正しかったと答えれば、いろんな思いで胃ろうを造られたご家族が間違っていたということになります。おそらく、正しい間違っているかという二者択一で決める問題ではないと思います。ご本人の気持ちに思いを馳せ、本人にとっての最善を考え抜いたプロセスこそが大切なのではないでしょうか。その点では、ご家族は十分なプロセスを尽くされており、正しかったと思います」と答えた。その後、ご家族の表情からは気持ちの整理がついたように感じられた。

*

今後、がんだけでなく、非がん疾患も含めた緩和ケアの推進が不可欠であろう。それぞれの疾患の治療・療養過程で直面する難しい意思決定においても、苦痛を和らげるアプローチとなる緩和ケアは欠くことができないものだ。

EOLCTによる終末期の意思決定支援は、厚労省から出された『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』に非常に親和的で、高齢者の権利の擁護につながると確信している。

※本記事の執筆にあたっては、当院でEOLCT活動に専従でかわる緩和ケア認定看護師・横江由理子氏にご協力いただいた。



●図 意思決定支援の三本の柱

内視鏡外科手術の技術向上をめざす外科医のためのBOOK & DVD

ステップアップ内視鏡外科手術 [DVD付]

内視鏡外科手術のステップアップをめざす外科医向けの技術解説書。各種手術の手順を3つのSTEPに分けて解説するとともに、STEP毎の動画を付録のDVDで紹介。手術の確立した定型的な手術から、種々の単孔式手術や腹腔鏡補助下ドナー肝切除術など難易度の高い術式まで網羅。内視鏡下手術を安全・確実に行うために必要な技術を、読んで見て習得できる。

監修 若林 剛
岩手医科大学外科学講座 教授
編集 佐々木章
岩手医科大学外科学講座 准教授



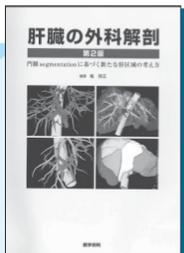
静脈系からみた新たな肝区域の提唱。「肝門板」の視点と腹腔鏡下肝切除を加え大改訂!

肝臓の外科解剖 第2版

門脈segmentationに基づく新たな肝区域の考え方

肝臓の手術に不可欠な区域解剖において、従来のCouinaudの肝区域に替わり、門脈など静脈系に着目した新たな考え方を呈示。2004年の初版以後の、最新の立体画像構築による新発見とともに、「肝門板」の新たな視点を提唱。腹腔鏡下肝切除術式も加えて、手術書として大幅リニューアル。

編著 電 崇正
千葉県がんセンター前センター長



続 アメロカ医療の光と影

第231回

「最先端」医療費抑制策 マサチューセッツ州の試み①

李 啓亮 医師/作家(在ボストン)

民を主体とした米国医療保険制度の二大問題が「無保険社会」(国民の6人に1人が無保険)と「高騰し続ける医療費」(医療費はGDPの約18%)であることは論をまたない。

2006年、マサチューセッツ州は、「無保険社会」を解消すべく、全米に先駆けて医療保険制度改革を断行した。①州民に対して医療保険加入を義務化、加入しない場合には税制上のペナルティを科す、②州による保険購入あっせん(州民が保険会社や商品ごとに異なる保険料・給付ベネフィットを比較した上で保険を購入できる「保険交易所」の設置)、③医療保険購入に対する公費支援、④メディケイド(低所得者用公的保険)受給者拡大等から成る同州の改革が、2010年に成立した「オバマケア」のひな形となったことはこれまで何度も述べてきた通りである。改革は即座に効果を挙げ、同州における無保険者率は改革前の7.4%(2004年)から改革後(2010年)1.9%へと激減した。

「無保険社会解消」以上の難題

一方、同州における医療制度改革では、米医療制度のもう一つの大問題、「高騰し続ける医療費」は、手つかずのまま残された。「無保険社会の解消」という難題に果敢にタックルしたとはいえ、「医療費抑制」は「無保険社会の解消」以上に困難な課題であった。それだけでなく、保険会社、病院・医師等のサービス供給者、雇用主、患者(消費者)……と、利害を有する関係者は多岐にわたり、その調整は困難を極めた。まずは無保険社会の解消を最優先として、医療費抑制は「今後の課題」として先送りされることになったのである。

しかし、マサチューセッツ州は、全米の中でも「医療費が特段に高い」ことで悪名を馳せてきただけに、いつまでも「手つかず」でほっておくことはできなかった。一人当たりの医療費支出で見たとき、同州平均の9278ドルは全米平均の6815ドルを36%も上回り全米2位の高さとなっていた(註1)。さらに、民間保険の保険料で見たとき、

雇用主を通じて加入する被用者医療保険の保険料も、自営業者等が個人加入する個人保険の保険料も、マサチューセッツ州は全米一高かった。前者の場合、家族加入の年額保険料が全米平均の1万5022ドルに対して同州平均は1万6953ドルと2000ドル近く上回った(註2)し、後者の場合、加入者一人当たりの年額保険料5244ドルは全米平均2580ドルを倍以上上回った(註3)。

マサチューセッツ州では、医療費(保険料)支出が企業経営や家計を圧迫、「保険料負担が重いから人を雇うことができない」とか、「月々の保険料を払うために食費を削らなければならない」とかいった事態が現出していただけに、医療費抑制は早急に解決しな

ればならない課題となっていたのである。

医療費抑制の「暗号」解説(?)

「皆保険制実現」をめざした医療保険制度改革を断行してから6年が経った2012年8月6日、マサチューセッツ州知事デバル・パトリックは、7月末に州議会を通過したばかりの「医療費抑制法」に署名すると、「われわれは医療費抑制の『暗号』解説に成功した」と高らかに宣言した。

同法では、医療費支出の伸び率を州総生産額(Gross State Products, GSP)と連動させ、2013—2017年は医療費の伸びをGSPの伸び率以内に、そして2018—2022年にはGSPの伸びに対して少なくとも0.5%下回るよう定めていた。パトリックは、今後15年で2000億ドル(約16兆円)医療費を削減することが可能になったとしたが、いったい、マサチューセッツ州はどんな方法を使って止めどなく増大し続けてきた医療費を抑制しようとしているのだろうか?

さらに、同法に知事が署名した際の

式典には、州議会だけでなく、患者団体・医療団体・経済団体の関係者も列席したが、いったい、パトリックは、どうやって利害が相反するこれら関係者の合意をとりつけたのだろうか?

「医療費抑制」は、米国に限らず、ほとんどすべての先進国が共通に抱える難題である。マサチューセッツ州が取り組もうとしている「最先端」の医療費抑制策の中味、そして、この抑制策がどのような経緯で実現されるに至ったかについて、今回も含め、数回のシリーズで概観する。(この項つづく)

註1: 数字は2009年。ちなみに全米1位はワシントンDCの1万349ドル、日本は2008年の数字で2878ドル。

註2: 数字は2011年。米国では雇用主と被用者の保険料負担割合は通常3対1であり、特に中小の雇用主にとって保険料負担は重くのしかかっている。

註3: 数字は2010年。「加入者一人当たり」平均額は大人も子供も合わせて平均した額なので、成人が個人で加入する場合、保険料はここで示した数字より高くなる。また、4人家族で加入した場合の保険料もここで示した数字の4倍とはならないので注意。

第3回日本プライマリ・ケア連合学会開催

第3回日本プライマリ・ケア連合学会が、9月1—2日、福岡国際会議場(福岡市)で開催された。大会テーマは「プライマリ・ケアによるパラダイム・シフト——さらなる前進への第一歩」。このほど同学会理事長に選出された丸山泉大会長(豊泉会丸山病院)のもと、日本のジェネラリストが足並みをそろえ、その地位の確立へ一歩を踏み出すべく、「連携」をキーワードとしたプログラムが多く組まれた。

メインシンポジウム「英国の家庭医療を知り日本の家庭医療の未来を模索する」(第一部: 座長=福島医大・葛西龍樹氏、丸山氏、第二部: 座長=北海道家庭医療学センター・草場鉄周氏、丸山氏)では、英国の家庭医(GP)の在り方に学び、日本の文化に即した家庭医療を作り上げる策が議論された。

英国の家庭医療に学ぶ

第一部ではまず武田裕子氏(ロンドン大キングスカレッジ)が、最近の英国医療を概説。英国では国営医療サービス(NHS)によりほぼ無料で医療を享受できる一方、外来受診の待ち時間や入院までの待機期間が社会問題化していたが、2000年の医療改革以降著しく改善。家庭医への信頼感やNHS、救急医療への満足度も大幅にアップしたという。「稀な疾患の鑑別より、ありふれた疾患から考える」「できること・できないことを明示する」というGPのスタンスは、賛否あるものの英国国民に受け入れられているようだ。

07年より、英国家庭医学会(RCGP)認定の3年間の後期研修プログラムの受講と専門医資格の取得が、英国でGPとして働くために必須となった。日本人初のRCGP認定後期研修医である澤憲明氏によると、GPの人気は上昇中で、研修希望者も定員の約2倍に

上るといふ。専門医は、臨床応用試験・臨床技能評価・職場基盤評価(WPBA)の3段階で選抜され、特にWPBAでは、研修中の省察記録や診療行為のビデオレビュー等をすべて電子ポートフォリオに記録、継続的な「形成的評価」を行うのが特徴。現在、研修プログラムの満足度は全診療科中で最も高く「研修が均質化し環境が整うことが、世界標準の人材を生む」と氏は語った。

元RCGP会長のRoger Neighbour氏は、プライマリ・ケアが医療の質やコストを改善させることは先行研究等から明らかと語った。RCGPは、ジェネラリストの役割の確立や教育の質担保、患者中心の政策決定に貢献し続けており、NHSも「二次ケアへのゲートキーパー」としてGPに多くを依存している。14年からはNHSの全予算の80%がGPに委託される予定だが、待機時間の改善や臨床水準の向上、資金調達など課題も多いと明かした。

第二部では井伊雅子氏(一橋大国際・公共政策大学院)が医療経済学の視点から地域医療再生を提言した。氏は既存の出資制度に頼らず、住民と医療者が共に利する医療費の支払制度を考える必要を示唆。住民の主体的な地域医療へのかわりが民主主義を学ぶ機会を生み、グローバル化に伴う課題を克服する可能性を示した。また英国にならぬデータベース構築等でプライマ



丸山泉大会長

リ・ケアを“見える化”し、データを活用し質の高い研究を行うことで、専門性の確立もかなうと期待を寄せた。

医療政策的観点からは前厚労省医政局の武内和久氏(現マッキンゼー&カンパニー)が登場。プライマリ・ケア確立の戦略について、必要性と定義、手段を考察した上で、①ストーリーを集め具体像を設定すること、②医療サービスがどう変わるか設計図を描くこと、③時間軸に沿ったシナリオ作成の3点を挙げた。

最後にNeighbour氏が再登場し、国民(患者)、医療専門職(同僚)、政治家(政策立案者)のそれぞれから信頼と納得を得ることがプライマリ・ケアの確立に必要なと主張。RCGPの歴史から得た教訓として、メディアの活用や卒業研修・評価システムの構築などが重要と語り、「評価が学習を促す」「実績が尊敬を促す」「協働が改善を促す」というメッセージを発表。RCGPと日本プライマリ・ケア連合学会との協働を提案して降壇した。

質疑応答では、若いジェネラリストのアイデンティティ確立には「GPの指導医がよいロールモデルとなる」、医療費負担増への反発については「使途が透明化され、医療への主体的な参加を実感できれば国民も納得しやすい」などの発言があった。英国医療の最新状況をよく知り、その応用をオープンに議論していく重要性が確認され、シンポジウムは盛会裏に閉幕した。

メルマガ配信中 毎週火曜日、医学界新聞の最新号の記事一覧を配信します。お申込みは医学書院ウェブサイトから。 医学界新聞メルマガ 検索

これほどまでに美しく多彩な小腸内視鏡像はない

小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ

本邦でトップクラスの小腸疾患症例数を誇る編者らのグループによりまとめられた本書は、内視鏡所見を提示し、その後疾患(症例)の解説をするところに特徴がある。内視鏡所見からみた鑑別診断のポイントをはじめ、診断にあたって必要な分類などの基礎知識に関する解説もされている。馴染みの浅かった小腸領域だが、ダブルバルーン内視鏡やカプセル内視鏡などの登場で多種多様な内視鏡所見を捉えられるようになった。美しく多彩な小腸内視鏡像が数多く掲載された本書から、診断へと結びつけるための、「所見のよみ方・捉え方」も習得できる。

編集 松井敏幸 福岡大学筑紫病院消化器内科・教授 松本主之 九州大学大学院機能内科学・講師 青柳邦彦 福岡大病院消化器内科・診療教授



早期胃癌100例、世界に冠たる日本の早期胃癌診断学を集大成した記念碑的アトラス。

早期胃癌アトラス

世界に冠たる日本の早期胃癌診断学の記念碑ともいべきアトラスここに遂に完成。永年にわたって日本の早期胃癌診断学をリードしてきた著者らが、その経験と蓄積のすべてを注ぎ込んだ斯界待望のアトラス。厳選された100例の症例をもとに、粘膜ヒダの異常や褐色粘膜など、チェックすべきX線・内視鏡所見を詳細に解説して早期胃癌の全貌と診断学の精髓を余すところなく展開。胃癌の早期発見を使命とするすべての臨床家必携の書。

細井董三 東京都がん検診センター顧問 馬場保昌 早期胃癌検診協会常務理事 杉野吉則 慶應義塾大学教授



Medical Library

書評新刊案内

電子カルテ時代のPOS 患者指向の連携医療を推進するために

日野原 重明 ● 監修
渡辺 直 ● 著

B5・頁168
定価2,100円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01635-3

日野原重明の革新的著書であり深紅の表紙から「赤本」とも称され、1973年の初版刊行以来今日でもベストセラーの『POS——医療と医学教育の革新のための新しいシステム』の、実質的な改訂版ともいえる『電子カルテ時代のPOS——患者指向の連携医療を推進するために』が、同著者の監修、渡辺直の執筆により医学書院より出版された。

監修者を師匠と仰ぐ著者は、実に柔らかなタッチで、「ですます調」に終始し、POSの真髄を心ゆくまでに求める。ややもすれば、この種の著書は書式とか技術に偏りがちだが、本書からは診療録、いわゆるカルテの「こころ」が伝わってくる。

患者の診療から得た診療情報は、医療情報の最たるもので、その記録が診療録(カルテ)といわれる。医療情報の情報化(IT化)が進展すると、診療記録を電子化し保存・更新するためのシステムとして、電子カルテシステムが構築された。カルテ記載の標準化が求められるなか、それに応えるものがPOSにおける診療録記載の基本構造である基礎データ、問題リスト、初期計画、経過記録、退院時要約なのである。

著者は、「診療録は単にrecordではなく、「診療録というデータベース」なのであり、診療録記載は電子カルテ時代では、writingではなく、data inputなのである」。「あなたは端末に向かい、キーボードを利用して診療録内容をデジタル記載している。それは単純に記載しているのではなく、データベースのアイテムを入力している」のだと語る。実に巧みに、しかも丁寧に易しく、

評者 岩崎 榮
NPO法人卒後臨床研修評価機構・専務理事

アナログからデジタルの世界へと導いてくれる。

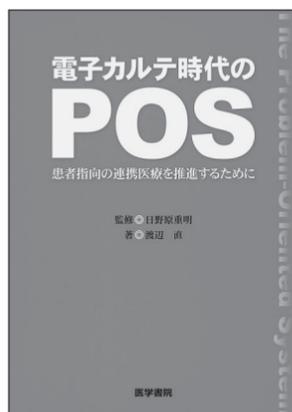
本書は序章「はじめに——なぜ今、POSか?」において、POSのPは患者にとってのproblemであり、POSの根底には重要な医療哲学があり、患者協働参画医療のための重要ツールであると説く。さらに、チーム医療や臨床教育に寄与するとも述べている。続いて、第1章のPOSの沿革からはじまり、次章からはPOSの意義、構造、そして記載のための4つの基本構造を解説する。

第8章では「外来におけるPOS」を加え、入院記録でもみられた事例を交えながら記述され、診療情報提供書にも触れている。第9章の「監査」ではその意義について、医療安全、臨床教育、良質な医療提供の確保にあることと解説され、さらに、サマリーにおける監査は量的・質的監査に大別されることを示し、その事例による解説が続く。「この質的監査が日常的に、綿密に行われている施設こそ、真に教育的な、医療向上性に指向した、最終的には患者にとって最も有益な情報を提供できる医療機関である」と著者は述べている。

最終の第10章は、「多職種によるPOS、クリニカルパスとPOS」となっていて、その後、著者のあとがきが添えられている。いわゆる「日野原の赤本」では、当時の医学教育の革新を求めたが、いまだその域にない現状の医学教育界に向けての提言とも思われる。

本書は、診療情報管理士をはじめ、医学生や臨床研修医はもちろんのこと、医師、看護師らすべての医療関係者にとって必読の書といえよう。

すべての医療関係者 にとっての必読書



双極性障害の心理教育マニュアル 患者に何を、どう伝えるか

Francesc Colom, Eduard Vieta ● 原著
秋山 剛, 尾崎 紀夫 ● 監訳

B5・頁200
定価3,570円(税5%込) 医学書院
ISBN978-4-260-01548-6

評者 神庭 重信
九大大学院教授・精神病態医学

サイコエデュケーション(ここでは心理教育とする)が注目されたのは、1980年代に入ってからのことであり、それは統合失調症の治療においてであった。家族の表出感情の強度と再発頻度との間に関連が示され、しかも表出感情を軽減することで再発を減らせるという、印象的な結果が報告された。そのころから「内因性疾患」という疾病観は、脆弱性ストレスモデルに取って代われ、ストレス・マネジメントや服薬アドヒアランスの重視などが、理にかなった再発予防策として位置付けられた。やがてSSTのよ

うに心理教育がプログラム化されるとともに、社会復帰に向けて、患者自らが障害を理解し、治療へ参加することを促す流れがさらに盛んになった。

一方、わが国ではうつ病の心理教育としての「小精神療法」が根付いていたが、近年では、社会復帰・復職をめざして工夫を凝らしたりハビリティ活動が盛んに展開されている。ちなみに「小精神療法」や「復職リハ」は、統合失調症の「生活臨床」とともに、日本独自の活動である。しかるに双極性障害の心理教育は、個人精神療法の中で主治医の工夫に任されてきており、体系化されたものはなかった。この理由として、統合失調症と違い、双極性障害を集約的に治療する専門施設が少なかったこと、また薬物療法への依存度が高かったことなどが挙げられる。

本書は、このような日本の治療風土にはじめて紹介された、双極性障害に特化した心理教育マニュアルである。国際的にバルセロナ・メソッドとして知られていた待望の治療法が訳出されたことで、幅広い層の読者がこの資料を手にするできるようになった。バルセロナ・メソッドは、同じく比較対照試験で有効性が示されている、対人関係社会リズム療法(E. Frank)、すなわち規則正しい生活習慣と対人関係の改善を目標とする治療と双璧を成すもので、双極性障害の治療にあたる者は、この両者について一定程度の知識を身につけておく必要がある。

本プログラムの特徴は、患者同士が相互支援、相互学習できるように、グループを舞台として心理教育を行う点にある。目標は、障害についての理解を深め、治療へのアドヒアランスを高め、行動を修正し、再発の初期症状へ

の気付きを高めることだ。著者らは「病気に対して無知であることは、日和見感染に罹ったかのように、精神障害の経過を悪化させる」と言い、「自分の

病気を理解していない患者は、自分の人生を理解していないので、将来の計画をたてることができない」とも言う。的を射た言葉ではないか。

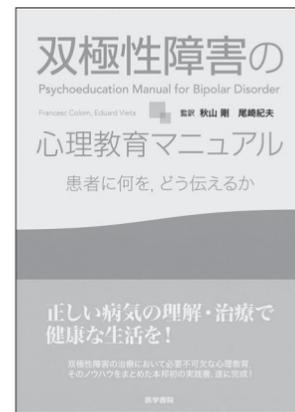
一回のセッションは90分で、最初の15分はウォームアップの会話、続く40分は双極性障害の講義、そして最後の30分は質疑応答からなる。このセッションが毎回テーマを変えて、週に1回、合計21回行われる。マニュアルは、セッションごとに、テーマと目標、セッションの進め方のコツ、参加者への配付資料、次回のセッションテーマに関する宿題(事前の自己学習)から構成されている。

取り上げられているテーマは、各病相や経過の特徴、治療薬、ストレス・マネジメント、問題解決技法、遺伝カウンセリング、海外旅行をする際の注意、それぞれの患者で異なる前駆・初期症状への気付き、病相の最中の社会的活動・対人活動の改善、規則正しいライフスタイルの確立、自殺行為の予防、健康増進とQOLの向上などであり、どの章もないがしろにできない問題を含んでいる。

ただし評者としての疑問を述べるならば、ここまで割り切って説明することが果たして適切なのかどうか、と躊躇する記載にも出合う。例えば、うつ病相では、睡眠時間を短くし、多少の無理をしても昼間の活動性を上げ、逆に躁病相では睡眠時間をしっかり確保して、自分の活動を可能な限り抑制することを患者に求めている。また運動は「自然の抗うつ薬」であるとして、うつ病相では多少億劫でも運動することを勧め、(軽)躁状態では逆に控えさせる、などの指導が行われる。私たちもつい口にしてしまいがちなことであるが、果たして根拠があるのか、という点では定かではない。若干トーンを抑えて伝えるほうが良からう。加えて「病気の原因が脳辺縁系の気分調整の障害である」と、科学的に未解明な事柄を割り切って説明することには抵抗感を持たざるを得ないが、これなどは「あくまで仮説として」と前置きして伝えるのが良いと思う。

この半年にわたるフルセッション

めざましく進歩した 双極性障害の心理教育



●書籍のご注文・お問い合わせ

本紙紹介の書籍に関するお問い合わせは、医学書院販売部まで

☎(03)3817-5657

なお、ご注文は最寄りの医書取扱店(医学書院特約店)へ

県立広島病院 救命救急センター

救急科医師募集

幅広い救急医療・集中治療・災害医療
詳しくは救命救急センター私設ブログ

<http://hph-ccmc.blogspot.jp/>

または病院ホームページ(下記)へ

http://www.hph.pref.hiroshima.jp/sec/shinryo_center/kyumei.htm

連絡先:総務課 赤木(下記)へ

E-mail: h-akagi89002@pref.hiroshima.lg.jp

続 アメリカ医療の光と影

バースコントロール・終末期医療の倫理と患者の権利 李 啓充

患者の権利の中核をなす「自己決定権」が確立された歴史的経緯を、気鋭の著者が古典的事例を交えて詳述。延命治療の「中止・差し控え」に適応すべき原則を考える。さらに、セイフティ・ネットが切れ始めた米国の医療保険制度を明日の日本への警告としてとらえるとともに、笑いやから真剣な問題を考える「医療よもやまばなし」、患者の権利運動の先駆者である池永満弁護士との対談も収載。

●四六判 頁280 2009年 定価2,310円(税込)
[ISBN978-4-260-00768-9]

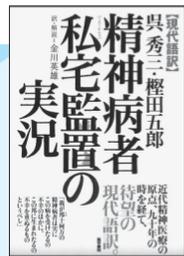
医学書院

近代精神医療の原点、待望の現代語訳

【現代語訳】呉秀三・榎田五郎 精神病者私宅監置の実況

呉秀三は、明治・大正の時代に精神病者看護法で定められていた精神病者の私宅監置義務を廃し、患者が精神病院において医療を受けられるための、新しい法制度を作ろうとした人物である。政治家を動かすために、呉秀三が作成した調査報告書が本書である。日本各地の座敷牢の実態をなまなましい姿で伝える本書は、民俗学、社会的にも貴重な歴史的資料でもある。90年以上前に作成された旧漢字・カタカナ文による文章を現代語訳し、現代の私たちが難なく読めるようにした。精神科医療関係者や図書館等には、ご購入をお勧めしたい。

訳・解説 金川英雄
東京武蔵野病院・外来部長



A5 頁352 2012年 定価2,940円(本体2,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01664-3]

医学書院

国内最大級のリファレンス データベース。診療に関する最新情報を簡単に検索できます

今日の診療 プレミアム Vol.22

DVD-ROM for Windows

●価格76,650円(本体73,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01609-4]

1 医学書院のベストセラー書籍13冊を収録

2 電子ジャーナルサービス「MedicalFinder」での検索が可能

3 高速検索エンジンで快適な操作。登録語マーカーで記録が残せません。

リファレンスとしての検索性を重視しつつ、履歴の保存や、本文中にマーカーやコメントも付けられるなど、「記録と記憶」をサポートする機能を強化しました。

●高機能な治療薬検索

「薬品名」「適応症」「副作用」「薬効分類」「製薬会社名」「禁忌」のそれぞれの項目による条件検索が可能。

●登録語マーカー

本文の一部にマーカーを引き、コメントをつけることができる機能です。また、登録された語をリスト表示して、その中から選んで表示させることもできます。

●より使いやすく

ご要望が多かった、文字のサイズを調整する機能や、本文タブをワンタッチで閉じる機能、壁紙機能などの改良を行いました。



骨格をなす8冊を収録した「今日の診療 ベーシック Vol.22」もご用意しております



今日の診療 ベーシック Vol.22 DVD-ROM for Windows

価格54,600円(本体52,000円+税5%) [ISBN978-4-260-01611-7]

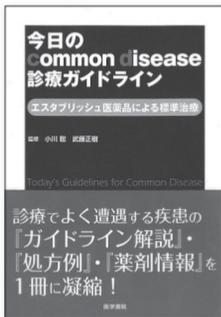
ガイドライン解説・処方例・薬剤情報を1冊に凝縮!

エスタブリッシュ医薬品による標準治療

今日の common disease 診療ガイドライン

監修 小川 聡 国際医療福祉大学三田病院・院長
武藤正樹 国際医療福祉大学大学院・教授

common disease59疾患の「ガイドライン解説」と「処方例」、処方薬の基本情報を『薬剤一覧』にまとめた、全医療従事者必携のクイック・リファレンスブック。各疾患解説中の「処方例」と巻末の「薬剤一覧」は、相互参照できるユニークな構成となっている。本書では、エビデンスに基づく診療ガイドラインに収録されるような標準的治療薬で、しかも費用対効果の優れた医薬品を「エスタブリッシュ医薬品」と位置づけ、それらの薬剤を中心にとりあげた。common disease情報のアップデートに、患者説明・服薬指導に、薬剤銘柄選択に…あらゆるシチュエーションにおいて、多忙な現場をサポートする1冊。



●B6 頁480 2012年 定価4,725円(本体4,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01525-7]

軽快にして圧巻の見出し語数。グローバル時代の全医療者に贈る用語辞典の決定版!

医学書院 医学用語辞典

英和・略語・和英

監修 伊藤正男 理化学研究所脳科学総合研究センター特別顧問
井村裕夫 京大名誉教授
高久史磨 日本医学会会長

学会準拠の日本語・欧文表記、略語をすばやく調べられるよう、高い信頼性で定評のある『医学書院 医学大辞典 第2版』収録の用語に最新医学用語を加え、ポケットサイズにまとめた英和・和英辞典。総見出し語数は圧巻の14万語。どこにでも軽快に持ち運べ、論文執筆・閲覧に、WEB検索などに、機動的に使える。



●B6 頁992 2012年 定価4,410円(本体4,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00364-3]

10月発行の医学雑誌特集テーマ一覧

冊子版および電子版等の年間購読料につきましては、医学書院ホームページをご覧ください。下記定価は冊子版の一部定価、消費税5%を含んだ表示です。

医学書院発行

公衆衛生	11月号	Vol.76 No.11 一部定価2,520円	スクリーニング その進化と課題	臨床整形外科	10月号	Vol.47 No.10 一部定価2,625円	内視鏡診断・治療の最前線
medicina	10月号	Vol.49 No.10 一部定価2,625円	外来・病棟でのプライマリケアに必要な感染症の知識	臨床婦人科産科	11月号	Vol.66 No.12 一部定価2,835円	出生前診断の新しいトレンド
medicina	増刊号	Vol.49 No.11 特別定価7,560円	いま、内科薬はこう使う	臨床眼科	10月号	Vol.66 No.10 一部定価2,940円	第65回日本臨床眼科学会講演集(8)
JIM	10月号	Vol.22 No.10 一部定価2,310円	「・・・血が出たんです」 肛門・会陰部出血へのアプローチ	臨床眼科	増刊号	Vol.66 No.11 特別定価8,925円	オキュラーサーフェス診療アップデート
呼吸と循環	11月号	Vol.60 No.11 一部定価2,835円	心血管病における免疫機構の関わり 循環器医が知っておきたい知識	耳鼻咽喉科・頭頸部外科	11月号	Vol.84 No.12 一部定価2,730円	特集① 耳鼻咽喉科疾患と遺伝子 特集② 知っておきたい小児科の知識 —専門医の診方・治し方
胃と腸	10月号	Vol.47 No.11 一部定価3,150円	Helicobacter pylori 除菌後の胃癌	総合リハビリテーション	10月号	Vol.40 No.10 一部定価2,310円	装具—最先端と臨床
BRAIN and NERVE	10月号	Vol.64 No.10 一部定価2,835円	辺縁系をめぐって	理学療法ジャーナル	10月号	Vol.46 No.10 一部定価1,890円	地域包括ケアシステムと訪問理学療法
精神医学	10月号	Vol.54 No.10 一部定価2,730円	医療法に基づく精神疾患の地域医療計画策定	臨床検査	11月号	Vol.56 No.12 一部定価2,310円	MDS(骨髄異形成症候群)
臨床外科	増刊号	Vol.67 No.11 特別定価8,610円	外科医のための癌診療データ	臨床検査	増刊号	Vol.56 No.11 特別定価5,250円	教科書には載っていない 臨床検査Q&A
臨床外科	11月号	Vol.67 No.12 一部定価2,730円	食道癌・胃癌切除後の再建法を見直す —達人の選択	検査と技術	増刊号	Vol.40 No.10 特別定価4,830円	この検査データを読めますか? 検査値から病態を探る
				病院	10月号	Vol.71 No.10 一部定価3,045円	病院における歯科



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23 [販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804
E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693